



April 2004

Hur har Du blivit bemött av personal inom Försäkringskassa och sjukvård?

Vid Linköpings universitet och Karolinska Institutet, Stockholm pågår ett forskningsprojekt om faktorer som främjar och hindrar återgång i arbete vid sjukskrivning. *En* faktor som har betydelse för detta är hur man som sjukskriven upplever kontakten med professionella, t.ex. läkare, arbetsterapeut eller handläggare inom Försäkringskassan.

Detta brev skickas till personer som slumpvis valts ut från Riksförsäkringsverkets sjukfallsregister över de som var sjukskrivna 31 december 2003. Projektet är därefter helt fristående från Riksförsäkringsverket, Försäkringskassan och sjukvården.

Den här enkäten innehåller frågor om positivt och negativt bemötande under Din sjukskrivningstid – Dina svar är viktiga även om Du inte är sjukskriven nu. Syftet med projektet är bl.a. att få kunskap för utbildning.

Ditt deltagande är viktigt

Deltagandet är frivilligt, men för att kunna lita på resultaten av undersökningen är det av stor betydelse att så många som möjligt svarar på enkäten. Ditt svar kan inte ersättas av någon annans.

Dina svar skyddas av sekretesslagen enligt 9 kap 4§. Alla som arbetar med undersökningen har tystnadsplikt. Svaren kommer att sammanställas i tabeller och kan inte härledas till någon enskild person. För att inte förlänga enkäten med frågor om t.ex. kön, ålder, inkomst etc. läggs sådant till från Riksförsäkringsverkets register. Det material som SCB överlämnar till forskargruppen innehåller inte namn, personnummer eller adresser, dvs forskarna får aldrig se detta. Inte heller SCB sparar dessa uppgifter.

Vi ber dig svara så fort som möjligt, helst inom ett par dagar. Sänd in enkäten i det bifogade portofria svarskuvertet.

Om du har några *frågor* om undersökningen är du välkommen att kontakta undertecknade. För praktiska frågor om enkäten: Pernilla Larsson, SCB, tel: 019-17 65 33, e-post: pernilla.larsson@scb.se

Med vänlig hälsning,

Ulrika Klanghed
Doktorand, arbetsterapeut
Hälsouniversitetet, Linköping
tfn: 013 22 42 32,
e-post: ulrkl@ihs.liu.se

Kristina Alexanderson
Professor och projektledare,
Karolinska Institutet, Stockholm
tfn: 08-692 22 52,
e-post: kristina.alexanderson@cns.ki.se

Hjälp oss att underlätta bearbetningen av Dina svar

Markeringarna kommer att läsas optiskt i en s.k. Skanner.
Det är därför viktigt att tänka på följande när Du besvarar
frågorna!

Bästa sätt att markera

- Använd kulspetspenna, svart eller blå.
- Markera om möjligt *innanför* rutorna - så här
- inte så här
- Om Du *ångrar* Dig och behöver *ta bort*
Ditt kryss, täck hela rutan - så här

Egen text

Om Du vill skriva mer text än vad som får plats på de
anvisade raderna eller om Du vill förklara/förtydliga
något:

- Skriv inte mellan eller i närheten av svarsrutorna
- Skriv i stället på eventuell kommentarsida

Enkät om upplevelser av bemötande från professionella**Bakgrundsfrågor**

1. Vilken är Din högsta genomförda utbildning?

Obs. Ange endast ett alternativ

- Grundskola/folkskola/realskola el. liknande
- 2-årig gymnasieutbildning el. fackskola
- 3- eller 4-årig gymnasieutbildning
- Universitets- el. högskolekurser
- Universitets- el. högskoleexamen

2. Vilket/vilka alternativ är aktuella just för Dig?

Flera svar kan anges

- Sjukskriven heltid
- Sjukskriven deltid
- Fast/tillsvidare anställd
- Tillfälligt arbetande/vikarie
- Egen företagare
- Studerande
- Föräldraledig
- Annat

3a. Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

b. Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd jämfört med andra i Din ålder? Är det...

- ...bättre
- ...sämre
- ...likadant

4a. Har Du under de senaste 12 månaderna känt Dig nedstämd och/eller haft minskat intresse för aktiviteter under största delen av dagen i minst två veckor?

- Ja
- Nej → *Gå till fråga 5*

b. Om ja, har det varit så de senaste två veckorna?

- Ja
- Nej

5. För vad är/var Du sjukskriven?

Flera svar kan anges

- Besvär eller värk i muskler eller leder (t ex rygg, nacke, axlar, armar, ben)
- Psykiska besvär (t ex nedstämdhet, depression, stress, ångest, missbruksproblem)
- Annat

Frågor om positivt bemötande från handläggare på Försäkringskassan

6. Har Du blivit *positivt* bemött av någon *handläggare* på Försäkringskassan i samband med Din sjukskrivning?

- Ja
- Nej → Gå vidare till fråga 9

7. Hur stämmer följande påståenden om hur den här *handläggaren* på Försäkringskassan har bemött Dig?

Hon/han har:	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Trott på min förmåga att arbeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trott på det jag sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respekterat mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyssnat på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagerat sig i mitt ärende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Låtit mig ta eget ansvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöttat mig att genomföra egna lösningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöttat/uppmuntrat mig på andra sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Givit adekvat och tydlig information/råd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit lätt att få tid hos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagit sig tid när vi träffats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svarat på mina frågor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställt lagom höga krav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visat sig kunnig/kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort något utöver det jag förväntat mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit trevlig mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagit mitt parti/ställt sig på min sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berättat om sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visat att hon/han tyckt om mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hur stämmer följande påståenden om hur Du kände Dig i samband med mötet/mötena med den här *handläggaren* på *Försäkringskassan*?

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Jag kände mig:				
Omtyckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkt i min situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlingskraftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättad/lugnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optimistisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppskattad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respekterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stolt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om positivt bemötande från hälso- och sjukvården

9a. Har Du blivit *positivt* bemött av någon inom *hälso- och sjukvården* i samband med Din sjukskrivning?

Ja

Nej → Gå vidare till fråga 12

b. Vilket yrke har den person som har bemött Dig *mest* positivt?

Välj endast ett alternativ.

Läkare

Sjuksköterska

Annat yrke

Arbetsterapeut

Kurator/Psykolog

Vet inte

Sjukgymnast

Naprapat/kiropraktor

10. Hur stämmer följande påståenden om hur den här personen inom *hälso- och sjukvården* har bemött Dig?

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Hon/han har:				
Trott på min förmåga att arbeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trott på det jag sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respekterat mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyssnat på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagerat sig i mitt fall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Låtit mig ta eget ansvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöttat mig att genomföra egna lösningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stöttat/uppmuntrat mig på andra sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Givit adekvat och tydlig information/råd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit lätt att få tid hos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagit sig tid när vi träffats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svarat på mina frågor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställt lagom höga krav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visat sig kunnig/kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort något utöver det jag förväntat mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit trevlig mot mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagit mitt parti/ställt sig på min sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berättat om sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visat att hon/han tyckt om mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hur stämmer följande påståenden om hur Du kände Dig i samband med mötet/mötena med den här personen inom *hälso- och sjukvården*?

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Jag kände mig:				
Omtyckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stärkt i min situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlingskraftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättad/lugnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optimistisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppskattad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respekterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stolt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om negativt bemötande från handläggare på Försäkringskassan

12. Har Du blivit *negativt* bemött av någon *handläggare* på *Försäkringskassan* i samband med Din sjukskrivning?

- Ja
 Nej → Gå vidare till fråga 15

13. Hur stämmer följande påståenden om hur *handläggaren* på *Försäkringskassan* har bemött Dig?

Hon/han har:	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Tvivlat på min förmåga att arbeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misstrott min arbetsmoral/motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte trott på det jag sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlat mig nonchalant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvivlat på mina besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlat mig som dum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avvisat mina förslag och lösningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit stressad/ej tagit sig tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit irriterad/otålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit arg/otrevlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlat mig respektlöst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hotat mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte lyssnat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort mig fysiskt illa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit för opersonlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte hållit våra överenskommelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gett mig skulden för mina besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte hållit professionell gräns sexuellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratat så att jag inte förstått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avbrutit mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställt för höga krav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställt för låga krav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte låtit mig ta eget ansvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hur stämmer följande påståenden om hur Du kände Dig i samband med mötet/mötena med den här *handläggaren* på *Försäkringskassan*?

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Jag kände mig:				
Besviken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arg/irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orolig/rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlägsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maktlös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kränk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skamsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orkeslös/nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missförstådd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessimistisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om negativt bemötande från hälso- och sjukvården

15a. Har Du blivit negativt bemött av någon inom *hälso- och sjukvården* i samband med Din sjukskrivning?

Ja

Nej → Gå vidare till fråga 18

**b. Vilket yrke har den person som har bemött Dig mest negativt?
Välj endast ett alternativ.**

Läkare

Sjuksköterska

Annan personal

Arbetsterapeut

Kurator/psykolog

Vet inte

Sjukgymnast

Naprapat/kiropraktor

+

+

16. Hur stämmer följande påståenden om hur den här personen inom hälso- och sjukvården har bemött Dig?

	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Hon/han har:				
Tvivlat på min förmåga att arbeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misstrott min arbetsmoral/motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte trott på det jag sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlat mig nonchalant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvivlat på mina besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlat mig som dum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avvisat mina förslag och lösningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit stressad/ej tagit sig tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit irriterad/otålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit arg/otrevlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlat mig respektlöst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hotat mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte lyssnat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort mig fysiskt illa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit för opersonlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte hållit våra överenskommelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gett mig skulden för mina besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte hållit professionell gräns sexuellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratat så jag inte förstått	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avbrutit mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställt för höga krav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställt för låga krav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte låtit mig ta eget ansvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

17. Hur stämmer följande påståenden om hur Du kände Dig i samband med mötet/mötena med den här personen inom hälso- och sjukvården?

Jag kände mig:	Stämmer helt	Stämmer ganska bra	Stämmer ganska dåligt	Stämmer inte alls
Besviken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arg/irriterad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orolig/rädd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlägsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maktlös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kränk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skamsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orkeslös/nedstämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missförstådd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessimistisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Är Dina kontakter med följande yrkesgrupper oftast positiva eller oftast negativa?

	Mycket positiva	Ganska positiva	Ganska negativa	Mycket negativa	Ej haft kontakt
Handläggare på Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjuksköterska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurator/psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naprapat/kiropraktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Har *positivt* bemötande från professionella inom hälso- och sjukvården påverkat Dina möjligheter att återgå till arbete?

Hindrat mycket	Hindrat till viss del	Ingen betydelse	Främjat till viss del	Främjat mycket	Ej blivit positivt bemött
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Har *negativt* bemötande från professionella inom hälso- och sjukvården påverkat Dina möjligheter att återgå till arbete?

Hindrat mycket	Hindrat till viss del	Ingen betydelse	Främjat till viss del	Främjat mycket	Ej blivit negativt bemött
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+

21. Har *positivt* bemötande från *handläggare på Försäkringskassan* påverkat Dina möjligheter att återgå till arbete?

Hindrat mycket	Hindrat till viss del	Ingen betydelse	Främjat till viss del	Främjat mycket	Ej blivit positivt bemött
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Har *negativt* bemötande från *handläggare på Försäkringskassan* påverkat dina möjligheter att återgå till arbete?

Hindrat mycket	Hindrat till viss del	Ingen betydelse	Främjat till viss del	Främjat mycket	Ej blivit negativt bemött
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stort tack för din medverkan!

Kan vi, om behov finns, återkomma till Dig för en intervju med kompletterande frågor?

Ja, jag kan tänka mig att bli kontaktad för en intervju, och lämnar därför nedanstående uppgifter

Namn: _____

Telefonnummer (även riktnummer): Dagtid: _____ / _____

Kvällstid: _____ / _____

Nej, jag vill inte bli kontaktad (lämna inte namn eller telefonnummer).

+

+

